

Washington Medicaid Integration Partnership

ຄໍາຮ້ອງຂໍເອົາການຍົກເວັ້ນ/ການເຊົາຈົດຊື່



ໄດ້ຮັບການສອບຖອນ

ຂ້າພະເຈົ້າຕິໃຈໃນຫົນທາງທີ່ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວສຸຂະພາບຂອງຂ້າພະເຈົ້າໃນເວລານີ້ ແລະ ບໍ່ຕ້ອງການທີ່ຈະຢູ່ໃນໂຄງການ **Washington Medicaid Integration Partnership (WMIP) Project.**

ຊື່ຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: _____

ເລກ PIC , ເອກສານ, ຫລື ໜ່ວຍຮັບການຊ່ວຍເຫລືອຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: _____

ວັນເກີດຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: _____

ເລກໂຊໂຊຂອງຂ້າພະເຈົ້າແມ່ນ: _____

ກະຊວງໝາຍໃສ່ບ່ອນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງຈົດຊື່ເຂົ້າຮ່ວມນຳ **Molina Integration** (ເບິ່ງຕົວໜັງສື "MINT" ຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວພະຍາບານຂອງທ່ານ) ແລະ ທ່ານ ບໍ່ ມີການປິ່ນປົວ (ການຢ້ຽມຢາມໝໍ, ຫ້ອງສຸກເສີນ, ອື່ນໆ) ໃນເດືອນນີ້.

ກະຊວງໝາຍໃສ່ບ່ອນນີ້ຖ້າຫາກວ່າທ່ານກຳລັງຈົດຊື່ເຂົ້າຮ່ວມນຳ **Molina Integration** ("MINT" ຢູ່ໃນບັດປະຈຳຕົວພະຍາບານຂອງທ່ານ) ແລະ ທ່ານມີການປິ່ນປົວ ບາງຢ່າງ (ການຢ້ຽມຢາມໝໍ, ຫ້ອງສຸກເສີນ, ອື່ນໆ) ໃນເດືອນນີ້.

ລາຍເຊັນຂອງທ່ານ: _____

ວັນທີ: _____

ພັບໃບຟອມໃໝ່ອີກໃຫ້ທີ່ຢູ່ສິ່ງຄົນຢູ່ທາງນອກ ແລະ ສິ່ງຄົນມາຫາພວກເຮົາ. (ບໍ່ຕ້ອງຕິດສະແຕມ).

ໄດ້ຮັບການສອບຖອນ